



ОФФИС ОБЩЕСТВЕННОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ (CSO)

НОМЕР ДЕЛА

Пожалуйста, заполните следующие графы обо всех перечисленных на стр. 1 в разделе E лицах, о которых вы ответили «ДА».

НОМЕР В СПИСКЕ	НАЗВАНИЕ МЕСТА РАБОТЫ/АДРЕС/НОМЕР ТЕЛЕФОНА	НАЗВАНИЕ ПРОФСОЮЗА

**F. После 17 апреля 1987 г. имели ли вы или ваш супруг медицинскую страховку по вашему месту работы? Да Нет**  
 Если вы ответили «да», И вы больше там не работаете, то укажите следующее:

1. Название вашей страховой компании: \_\_\_\_\_
2. Дату начала действия страховки: \_\_\_\_\_ Дату окончания действия страховки: \_\_\_\_\_
3. Когда вы прекратили там работать? Дата: \_\_\_\_\_  Да  Нет
4. Проинформировала ли вас страховая компания о том, что вы могли продлить действие вашей страховки? Если да, то когда они вас об этом проинформировали? Дата: \_\_\_\_\_
5. Укажите название, адрес и номер телефона этого места работы: \_\_\_\_\_

**G. Предоставляет ли ваш работодатель или работодатель вашего супруга медицинскую страховку, которую вы не берёте, потому что вы должны будете за неё платить?**

- Да  Нет Если да, то укажите название, адрес и номер телефона работодателя: \_\_\_\_\_

**H. Произошёл ли с вами или с человеком, для которого вы подаёте заявление, несчастный случай, требующий медицинской помощи?**

- Да  Нет Если да, то ответьте на следующие вопросы:

1. ДАТА ПРОИСШЕСТВИЯ \_\_\_\_\_ 2. УКАЖИТЕ, ГДЕ ПРОИЗОШЁЛ НЕСЧАСТНЫЙ СЛУЧАЙ  Магазин/бизнес  Дома/на собственности другого человека  В другом месте:  
 Автомобиль  Школа  Дома  На работе

- a. Адрес места происшествия (улица, город и штат): \_\_\_\_\_
- b. Укажите, кем являлся пациент:  водителем;  пассажиром;  пешеходом.
- c. Были ли вовлечены в аварию другие автомобили?  Да  Нет Если да, то укажите имена и адреса других водителей: \_\_\_\_\_

3. Имя(имена) лица, пострадавшего в несчастном случае:

4. Как произошёл несчастный случай?

ИМЯ	ТИП ТРАВМЫ	

5. Вовлечена ли страховая компания?  Да  Нет Если да, то укажите имя застрахованного лица: \_\_\_\_\_  
 Название/адрес страховой компании: \_\_\_\_\_

НОМЕР ИСКА	НОМЕР СТРАХОВОГО ПОЛИСА	ИМЯ СОТРУДНИКА, ВЕДУЩЕГО ДЕЛО	НОМЕР ТЕЛЕФОНА
------------	-------------------------	-------------------------------	----------------

6. Подавали ли вы другой иск в связи с этим происшествием?  Да  Нет Если да, то укажите номер(а) иска(ов). \_\_\_\_\_

НОМЕР ИСКА ПО СТРАХОВКЕ НА СЛУЧАЙ ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ТРАВМЫ	НОМЕР ИСКА ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНО СТРАХУЮЩИХСЯ	НОМЕР ИСКА ДЛЯ ЖЕРТВЫ ПРЕСТУПЛЕНИЯ	ДРУГОЕ
---	--	------------------------------------	--------

7. Привлечён ли адвокат?  Да  Нет Если да, то укажите его имя, адрес и номер телефона: \_\_\_\_\_

8. Какую финансовую компенсацию/медицинскую помощь вы получаете или рассчитываете получить в связи с вашей травмой? Объясните: \_\_\_\_\_